

# 当グループにおけるターミナル期の利用者を振り返って

～介護支援専門員へのアンケート結果より～

和歌山県 竹村医院居宅介護支援事業所 ○楠本れい子

## 【はじめに】

わが国では、癌に罹る方や亡くなる方の数は、年々増加傾向にあり、癌ターミナル期の利用者との関わりが増加すると思われる。そこで、グループ内の居宅介護支援事業所で関わった、癌ターミナル期の利用者について振り返りを行い、検証したので報告する。

## 【分析方法】

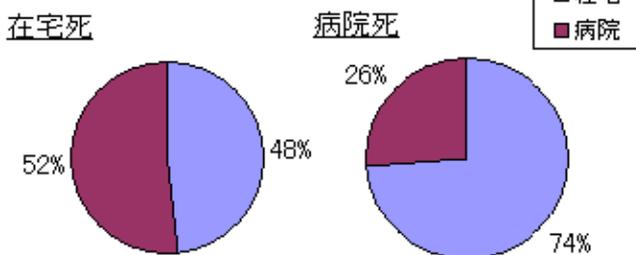
平成19年4月～平成22年3月の3年間で関わった、癌ターミナル期の利用者44名について、自宅で亡くなった方と病院で亡くなった方を比較できるように、担当した介護支援専門員に聞き取り調査を行った。（本人・家族に対しては匿名による学会等への情報の使用について同意を得ている）

## 【結果】

### 1. 依頼時の居所については

在宅死 (25人) 病院52%、在宅48%  
 病院死 (19人) 病院26%、在宅74%

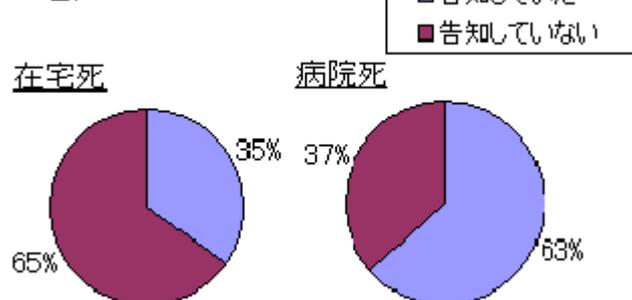
### 1. 依頼してきたときの居所



### 2. 告知については

在宅死 あり35% なし65%  
 病院死 あり63% なし37%

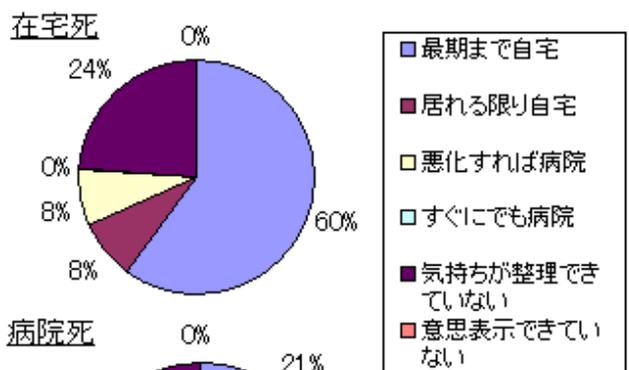
### 2. 告知について



### 3. 利用者が希望する生活場所は

在宅死 最期まで自宅60%  
 居れる限り自宅8% 悪化時病院8%  
 直ぐにでも病院0%  
 気持ちが整理できていず不明24%  
 意思表示できない0%  
 病院死 最期まで自宅21%  
 居れる限り自宅32% 悪化時病院21%  
 直ぐにでも病院0%  
 気持ちが整理できていず不明26%  
 意思表示できない0%

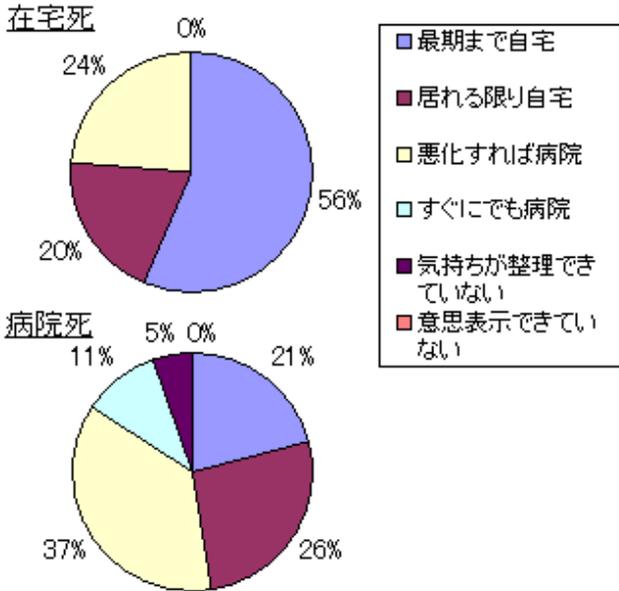
### 3. 利用者が希望する生活場所



### 4. 家族が希望する利用者の生活場所は

在宅死 最期まで自宅56%  
 居れる限り自宅20% 悪化時病院24%  
 直ぐにでも病院と気持ちが整理できないと意思表示できないは共に0%  
 病院死 最期まで自宅21%  
 居れる限り自宅26% 悪化時病院37%  
 直ぐにでも病院11% 気持ちが整理できない5%  
 意思表示できない0%

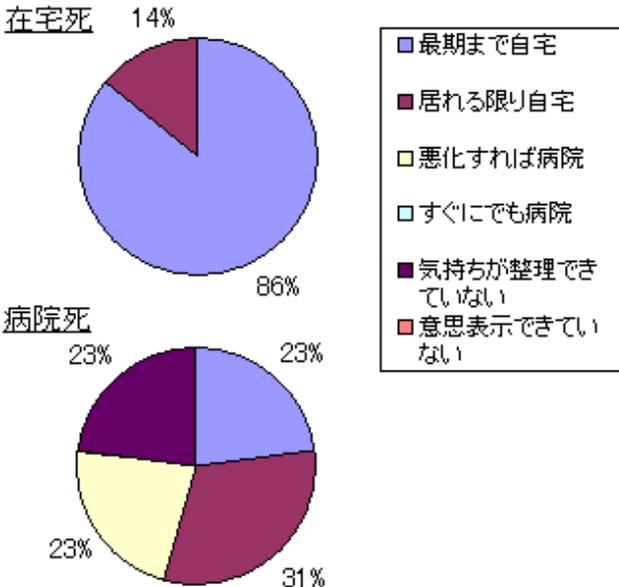
4. 家族が希望希望する利用者の生活場所



5. 告知された利用者が希望する生活場所は

**在宅死** 最期まで自宅 86% 居れる限り自宅 14%。悪化時病院 直ぐにも病院 気持ちが整理できていない 意思表示ができないは共に 0%  
**病院死** 最期まで自宅 23% 居れる限り自宅 31% 気持ちが整理できない 23% 悪化時病院 23% すぐにも病院と意思表示ができないはともに 0%

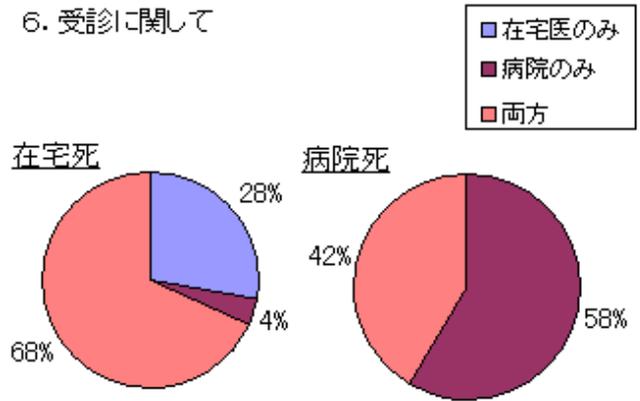
5. 告知された利用者が希望する生活場所



6. 受診に関して

**在宅死** 在宅医のみ 28% 病院のみ 4% 両方 68%  
**病院死** 在宅医のみ 0% 病院のみ 58% 両方 42%

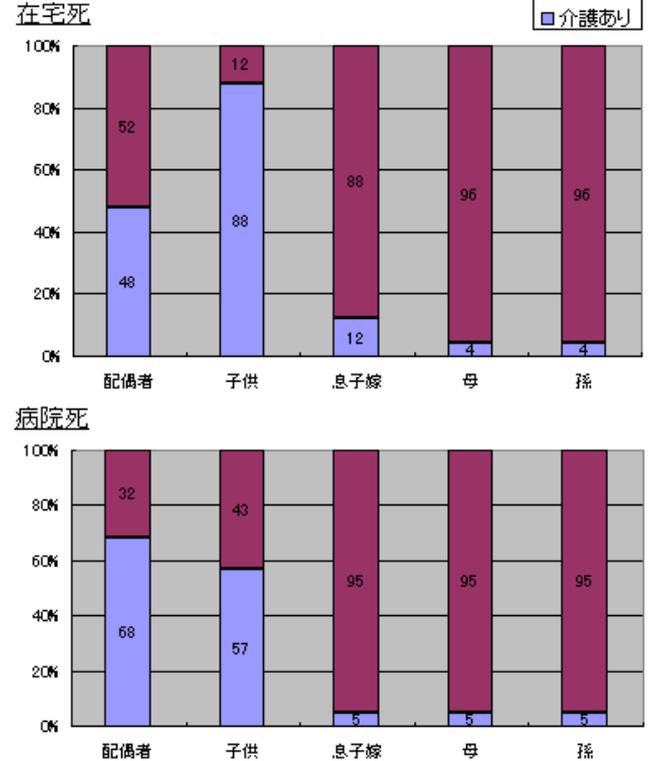
6. 受診に関して



7. 介護者の状況 (重複)

**在宅死** 配偶者 48% 子供 88% 息子嫁 12%  
 母、孫がともに 4%  
**病院死** 配偶者 68% 子供 57% 知人、甥、孫、息子嫁がともに 5%

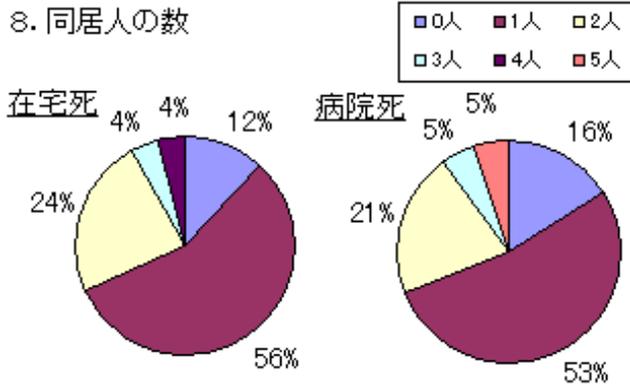
7. 介護者の状況



8. 同居人の数

**在宅死** 0人が 12% 1人が 56% 2人が 24%  
 3人 4人が共に 4%  
**病院死** 0人が 16% 1人が 53% 2人が 21%  
 3人 5人が共に 5%

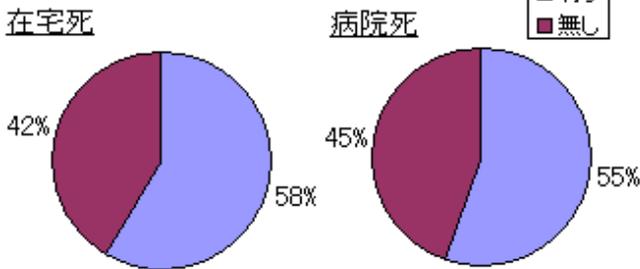
### 8. 同居人の数



### 9. 副介護者の有無

在宅死 有り 58% 無し 42%  
 病院死 有り 55% 無し 45%

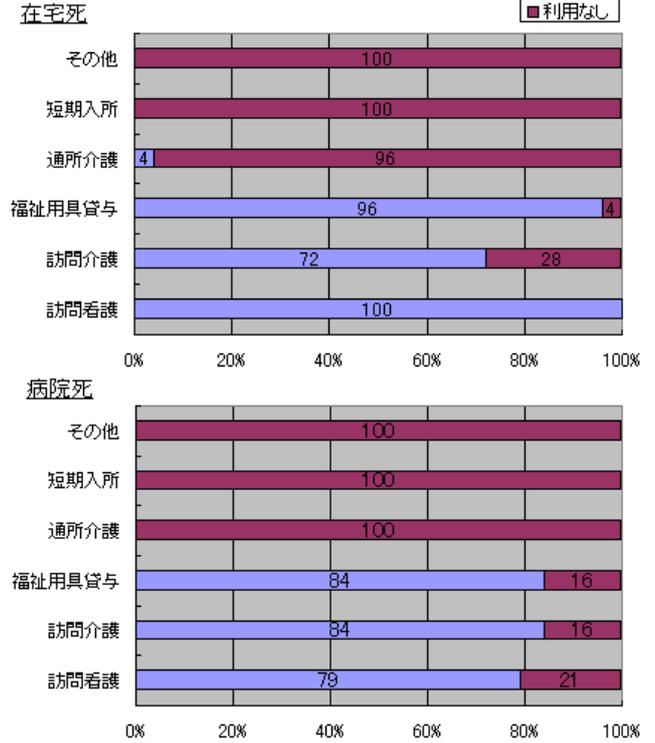
### 9. 副介護者の有無



### 10. 開始当初の利用サービス

在宅死 訪問看護 100% 訪問介護 72% 福祉用具貸与 96% 通所介護 4% 短期入所とその他はともに0%  
 病院死 訪問看護 79% 訪問介護 84% 福祉用具貸与 84% 通所介護、短期入所とその他はともに0%

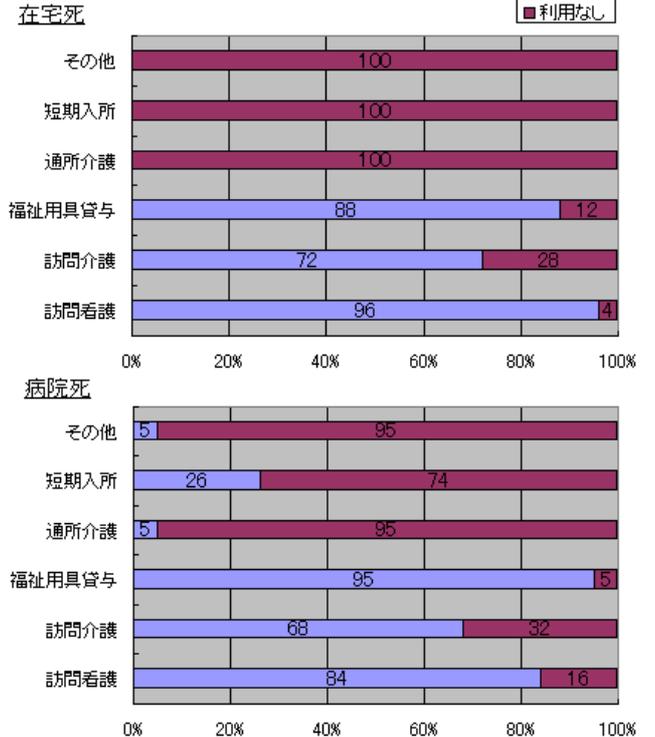
### 10. 開始当初の利用サービス



### 11. 終了直前の利用サービス

在宅死 訪問看護 96% 訪問介護 72% 福祉用具貸与 88% 通所介護、短期入所とその他はともに0%  
 病院死 訪問看護 84% 訪問介護 68% 福祉用具貸与 95% 通所介護 5% 短期入所 26% その他 5%

### 11. 終了直前の利用サービス



12. 介護支援専門員がターミナルを担当して困難と感じたこと（複数回答）

- ・ターミナル期の支援に関して困難に感じた事がある。 91%
- ・利用者・家族が混乱する事があり、両者の気持ちを整理してアセスメントしていく事が難しい。 100%
- ・利用者への言葉がけに気を遣う。 100%
- ・医療的な知識が乏しく、病状の予測が立てにくい。 73%
- ・終の棲家をどこにするのか、意思確認するタイミングが難しい。 64%
- ・医療サイドに任せてしまうところがあり、入っていくにくい。 45%
- ・状態の変化に沿った支援が遅れがちになった。 45%

※ここで、当グループで関わった症例を紹介する。

#### 【症例】

Aさん（75歳 男性）要介護度2

(病名)肺癌 高血圧症 糖尿病 高脂血症

(期間)約4ヶ月

(家族)妻（75歳）との二人暮らし。車で10分のところに娘夫婦が住んでいる。息子は遠方で、仕事を休んで様子を看にくることは難しい。

(経過)〈開始期〉：10月始め、通院時に肺がん発見。その場で本人への告知もされた。娘から、どのように介護をしてくれるのか分からないと相談があった。

当初、妻と娘は最終的に入院を希望。本人は、在宅での生活を希望した。そこで、在宅医による訪問診療と訪問看護を開始。酸素吸入も開始となった。

〈安定期〉：本人は以前より胃の不調を訴えており、胃カメラの検査をしたいと切望していた為、介護タクシーを依頼し、無事検査を終了させることができた。結果、胃自体に異常は無かったと、本人は非常に満足されたようであった。

2ヵ月目、徐々に動けなくなり介護ベッドを導入。半日以上ベッドでの生活となるが、トイレまでは自分で歩いた。具体的に何をしたいと話されることは無かったが、「動けるうちは、妻の手を借りずに自分で歩きたい。妻や子どもに見守られながら、自宅で最期を迎えたい。」ということ、話されていた。

娘も仕事を休んで覗きに来てくれていた。介護用品についても、妻はよく分からないと言っていたので、娘が訪問看護師と相談し購入するなど、副介護者としての役割を担ってくれた。

また、この時から訪問看護師や介護支援専門員が今後たどるであろう経過や介護保険制度等について、妻や娘に説明を行なった。

〈移行期〉：本人の動作が緩慢になってくるにつれ、家族の不安は増大。娘は母の体のことを思い、入院も考えたが、妻は在宅で看取りたいと強く望み、本人も自宅で最期を迎えたい気持ちを貫いた。

〈臨死期〉：3ヶ月目後半、痰が多くなり呼吸が苦しくなった。再度、訪問看護師から看取りに向けて行うことを、妻と娘に説明。

数日後、妻と娘に囲まれて自宅で眠るように息を引き取った。

(支援を終えて)

・開始期では、利用者、家族それぞれが望む生活の場所を確認し、それに向けたサービスの調整が出来た。

・安定期では、利用者、家族が精神的に取り乱すことなく、「死」を受け入れられるようになり、家族としての役割を持てるようにサポートできた。

・移行期では、利用者と家族の気持ちを再確認し、万全な医療ケアを確保する事ができたからか、利用者、家族は「最期まで在宅で過ごす」という気持ち持つことができた。

・臨死期において、主治医を含め、訪問看護師、介護支援専門員が、家族のもつ不安を解消していけるように連携し、家族自身が介護に参加しているという意識をもてるようにサポートできた。

#### 【考察】

利用者の希望する生活場所では、在宅死で最期まで自宅60%、可能な限り自宅8%で、ほぼ希望が叶えられた。しかし最期まで自宅を希望したが病院で亡くなった人が21%あり、病状悪化により、介護者の不安が強くなったためである。不安を解消するためにも、担当者会議で他職種と病状悪化を予測し、支援方法を検討する必要がある。

病院死では病院のみが58%で、在宅死では在宅医と病院にかかっている数は68%と多く、悪化時や急変時にはいつでも受け入れてもらえる病院があるということで安心につながり、結果利用者の希望が反映していると思われる。

介護支援専門員が困難に感じていることについては、全員が「利用者・家族が混乱する事があり、両者の気持ちを整理してアセスメントしていく事が難しい」と思い、73%が「医療的な知識が乏しく、病状の予測が立てにくい」と思っている。

以上により看護師・医師との連携を密にし医療的なアドバイスを受けることは重要である。しかし樋口らが言っているように、できるだけ利用者の意に沿うには、「利用者・家族の意思を確認すべき」であるが、そのことを介護支援専門員は不安に思っている。それを解消するため質問用紙等の活用を勧めたい。また集めた情報を基に終末期ケアマネジメント・ツールの5つの機能(※)を使いこなすことで、利用者の不安を解消し、意に沿えるよう支援出来るようになれば、困難感も減少すると思われる。そして訓練が今後の課題である。

- (※) 1.情報の収集・整理・共有をすすめる機能
- 2.質の高いケアをするための課題を抽出する機能

- 3.そのステージにすべきことをチェックしてプランを立てる機能
- 4.ケアマネジメント・プロセスをモニタリングし振り返る機能
- 5.個人とチームの成長を支援する機能

文献「高齢者の終末期ケア」樋口京子 篠田道子  
杉本浩章 近藤克則著 中央法規 P 63